

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANA SERENA PAROLIN

PADRONIZAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA
CAPILAR NO MUNICÍPIO DE PINHAIS, POR MEIO DE INSTRUÇÃO NORMATIVA

CURITIBA

2016

LUCIANA SERENA PAROLIN

PADRONIZAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA
CAPILAR NO MUNICÍPIO DE PINHAIS, POR MEIO DE INSTRUÇÃO NORMATIVA

Projeto Técnico apresentado como requisito
parcial para a obtenção do grau de Especialista
em Gestão em Saúde pela Universidade Federal
do Paraná/UFPR.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA,
2016

LUCIANA SERENA PAROLIN

PADRONIZAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA
CAPILAR NO MUNICÍPIO DE PINHAIS, POR MEIO DE INSTRUÇÃO NORMATIVA

Projeto Técnico aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Paraná/UFPR, pela seguinte banca examinadora:

Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig
Orientadora – Pós-Graduação em Enfermagem-UFPR.

Prof^a. xx
Departamento XXXXXXXX UFPR.

Prof^a. xx
Departamento XXXXXXXX UFPR.

Prof^a. xx
Departamento XXXXXXXX UFPR.

Curitiba, XX de XXXXX 2016.

RESUMO

A Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica considerada de difícil manejo e o sucesso da assistência aos indivíduos diabéticos depende de profissionais de saúde qualificados e sensibilizados para o envolvimento do doente e da família no tratamento proposto, para a prevenção de complicações e promoção de saúde por meio da adoção de hábitos saudáveis. A organização das linhas de cuidado e dos serviços de saúde requer a compreensão da doença e suas particularidades, visando à elaboração de documentos norteadores que organizem as ações, por meio de direcionamentos clínicos embasados em evidências científicas, otimização na prescrição de medicamentos e indicação de procedimentos adaptados às especificidades do usuário, suas necessidades e singularidades. Este projeto tem como objetivo padronizar o programa de automonitoramento de glicemia capilar na atenção básica à saúde, no município de Pinhais, por meio da elaboração de uma Instrução Normativa Municipal. A construção deste projeto técnico seguiu duas etapas: Diagnóstico e descrição da situação problema e Proposta técnica para solução da situação problema – estabelecimento de metas. O resultado esperado é atingir 100 % das metas estabelecidas. Para tanto, faz-se necessário padronizar e/ou normatizar o programa, identificando pontos críticos e especificando as responsabilidades que cada profissional da APS têm no desenvolvimento, avaliação e monitoramento do programa. Dados evidenciados no estudo confirmam a importância da instituição de uma Instrução Normativa que permita realizar o trabalho uniformemente no âmbito municipal, bem como envolver todos os atores da APS na construção do programa.

Palavras-chave: Diabetes Mellitos, Automonitoramento, Glicemia Capilar, Instrução Normativa.

ABSTRACT

Noncommunicable chronic diseases are presented today as a worldwide epidemic requiring immediate changes in care models focused on cases aggravation. The DM is a chronic disease considered unwieldy and success of assistance to diabetic patients depends on skilled health professionals aware of the involvement of the patient and family in the proposed treatment for the prevention of complications and health promotion through adoption of healthy habits. The organization of care lines and health services requires an understanding of the disease and its special features, aiming at developing guiding documents to organize actions through clinical directions grounded in evidence scientific, optimization in drug prescription and indication procedures adapted to the user's specific characteristics, needs and singularities. Thus, this project arose from the need to standardize the Self-Monitoring Program glycemia Capillary in the municipality of Pinhais, trying to enable professionals in primary health care, monitoring of diabetic users, dependent on insulin use in controlling the disease.

Keywords: Diabetes mellitus, self-monitoring, Capillary Blood Glucose, Instruction.

LISTA DE SIGLAS

AMGC	- Automonitoramento de Glicemia Capilar
APS	- Atenção Primária a Saúde
AP SUS	- Programa de Qualificação da Atenção Primária a Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
DEAM	- Departamento de Administração
DEASS	- Departamento de Assistência a Saúde
DEVIS	- Departamento de Vigilância em Saúde
DM	- Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	- Estratégia Saúde da Família
GEPAM	- Gerência de Planejamento, Avaliação e Monitoramento
GEREB	- Gerência da Rede Básica
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Pessoa com diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTT	- Lésbicas, Gueis, Bissexuais, Transexuais e Transgêneros
MS	- Ministério da Saúde
NUTEF	- Núcleo Técnico de Farmácia
NUTEO	- Núcleo Técnico de Odontologia
PAMGC	- Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar

RG	- Registro Geral
SBD	- Sociedade Brasileira de Diabetes
SEAPE	- Seção Assistência a Programas Estratégicos
SEMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SEMCA	- Seção Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
SESAF	- Seção Estratégia Saúde da Família
SESAI	- Seção Saúde do Adulto e Idoso
SUS	- Sistema Único de Saúde
UPA	- Unidade Pronto Atendimento
USF	- Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
WINSAÚDE	- Sistema de Gerenciamento de Informações

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVO GERAL.....	11
1.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
1.3	JUSTIFICATIVA.....	11
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1	CONCEITO DE PADRONIZAÇÃO.....	14
2.2	CONCEITO DE INSTRUÇÃO NORMATIVA.....	14
2.3	GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS.....	15
2.4	SOBRE O DIABETES <i>MELLITUS</i>	15
2.5	CUIDADOS E ACOMPANHAMENTOS DO DIABÉTICO NA APS.....	16
2.6	AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR NO DIABETES.....	17
2.7	A EFICÁCIA DO AMGC DOMICILIAR.....	17
3	DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	19
3.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	19
3.2	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....	21
4	PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA....	24
4.1	PROPOSTA TÉCNICA.....	24
4.2	ELABORAÇÃO DA PROPOSTA E PLANO DE IMPLANATAÇÃO.....	24
4.3	RECURSOS.....	26
4.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	26
4.4.1	METAS A ATINGIR.....	26
4.4.2	INDICADORES.....	27

4.4.3	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS.....	27
5	CONCLUSÃO	30
6	REFERÊNCIAS	31
	ANEXO I	35
	ANEXO II	56

1 INTRODUÇÃO

O tema proposto está inserido em amplo e complexo universo que é a área de assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, mas vem sendo construído ao longo dos anos, enfrentando inúmeros desafios para efetivar-se como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Os serviços de saúde vêm sendo estruturados e organizados, de modo que possibilitem a garantia de acesso à assistência, com qualidade às pessoas (BRASIL, 2009a).

A Atenção Primária a Saúde (APS), tem em suas atribuições a importante missão de ser a porta de entrada do SUS, reconhecendo o conjunto de necessidades em saúde da população e organizando as ações de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde. Um dos grandes desafios que se apresentam para as equipes de APS é a assistência à saúde para as doenças crônicas, entre elas a diabetes, condições muito prevalentes, de caráter multifatorial, influenciados diretamente por determinantes biológicos e socioculturais.

A APS para ser efetiva na abordagem, para as condições crônicas, precisa, necessariamente, envolver as diversas categorias profissionais das equipes de saúde, por meio de planejamento prévio, buscando o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade na construção do autocuidado, frente suas condições de saúde (BRASIL, 2014).

A assistência às condições crônicas de saúde necessita de conhecimento e constates atualizações no processo político-administrativo da municipalização da saúde. Entre em cena a gestão em saúde do município, enquanto espaço de planejamento, para direcionar e padronizar os serviços prestados. No entanto, para que se consiga atuar de maneira que venha a transformar a realidade, será necessário conhecer “quem faz”, “como é feito” e “como poderá ser feito”. Este projeto será realizado na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Pinhais/PR, com a finalidade sugerir melhorias no Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC) municipal.

1.1 OBJETIVO GERAL

Padronizar o programa de automonitoramento de glicemia capilar na atenção básica à saúde, no município de Pinhais, por meio da elaboração de uma Instrução Normativa municipal.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.2.1 Elaborar uma instrução normativa, para acompanhamento de usuários diabéticos, insulínodospendentes, que necessitam de controle de glicemia capilar, no município de Pinhais, Paraná.
- 1.2.2 Otimizar a oferta de insumos para o tratamento adequado de usuários diabéticos insulínodospendentes, por meio de instrução normativa, padronizando o programa de automonitoramento de glicemia capilar municipal.
- 1.2.3 Sensibilizar os profissionais da atenção primária à saúde, para a utilização adequada do programa de automonitoramento de glicemia capilar no município de Pinhais.
- 1.2.4 Melhorar o acompanhamento e a avaliação dos níveis de glicemia capilar dos usuários diabéticos insulínodospendentes, por meio do automonitoramento de glicemia capilar.

1.3. JUSTIFICATIVA

A Diabetes *Mellitus* (DM) configura-se em uma epidemia mundial e um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, e vem sendo agravado por fatores como o envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência da diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

A DM Caracteriza-se com uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. As consequências da DM em longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida das pessoas com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações e programas para tratamento da diabetes, visando o rigoroso controle da glicemia e a evolução da diabetes para outras condições clínicas. Estabeleceu, por meio da Lei 11.347/2006, a normatização para fornecimento de medicamentos e insumos para monitorização dos pacientes portadores de diabetes visando à integralidade da assistência e saúde destes. Essas ações estratégicas buscam prevenir ou retardar a progressão da doença e as possíveis complicações crônicas e agudas, por meio da minimização dos efeitos adversos do tratamento, da adesão do paciente às medidas terapêuticas e da qualidade de vida do paciente e de sua família (BRASIL, 2006a).

O tratamento da Diabetes necessita ser multidisciplinar, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e nutricional, envolvendo o paciente no planejamento de ações para que o tratamento venha a ter efetividade.

Augusto *et al.* (2014), descrevem a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, como ferramenta que proporciona desenvolvimento de habilidades para autonomia e tomada de decisões, sendo parte essencial das estratégias terapêuticas para o controle adequado da DM. A automonitorização da DM permite a utilização dos resultados obtidos, para ajustes no tratamento, e a melhora no controle metabólico dos indivíduos, inseridos no programa de Dispensação de Glicosímetros e Insumos para o Automonitoramento da Glicemia Capilar.

O município de Pinhais vem cumprindo o estabelecido na Lei 11.347/2006, por meio do fornecimento dos insumos necessários tanto para o tratamento, bem como a monitorização da glicemia capilar dos usuários diabéticos insulino dependentes. O PMAGC no município de Pinhais, não se encontra estruturado, sendo realizado mais no sentido de atender as necessidades do usuário, do que

como ferramenta de acompanhamento e ajuste de tratamento, que o programa oportuniza ao ser adequadamente utilizado.

A assistência farmacêutica aos portadores de diabetes no município de Pinhais disponibiliza para o tratamento de pacientes diabéticos, distribuição sistemática de dois tipos de insulinas, NPH Humana e Regular Humana, antidiabéticos orais, seringas para aplicação de insulina, tiras reagentes e lancetas para o automonitoramento da glicemia capilar. Realiza também a gestão de insumos, medicamentos e materiais necessários à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes, além do acompanhamento dos diabéticos inscritos no programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) municipal.

O histórico de utilização de fornecimento de aparelhos e tiras reagentes para aferição de glicemia capilar aos usuários que necessitam do automonitoramento de glicemia capilar no município de Pinhais demonstra crescimento acentuado de uso destes insumos, o que reforça a necessidade de padronização do PAMGC no âmbito municipal (PINHAIS, 2015a).

Diante do exposto, entende-se a relevância da padronização do PMAGC, por meio da elaboração e implantação de Instrução Normativa, com o objetivo de instrumentalizar os profissionais da atenção primária a saúde, no acompanhamento de usuários diagnosticados com DM, insulino dependentes, oportunizando a utilização de uma ferramenta efetiva na prevenção, no diagnóstico precoce e na diminuição das complicações agudas ou crônicas da DM.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. CONCEITO DE PADRONIZAÇÃO

Padronizar consiste em racionalizar o trabalho realizado em uma instituição, de modo que os profissionais possam contar com o uso de uma documentação interna uniforme e coerente, profissionalizando o fluxo de trabalho. O trabalho uniformizado transmite credibilidade e legibilidade às ações desenvolvidas na instituição, revelando a organização, a coesão e mesmo a competência, produzindo confiança nas questões conduzidas pelo referido órgão.

Outro fator importante frente à padronização é o controle de qualidade do serviço prestado, pois quando não há normatização dos serviços na instituição, os setores e unidades acabam utilizando-se de diferentes “moldes” de execução de um mesmo procedimento, viabilizando várias realidades dentro do mesmo serviço, além de gerar insegurança nos encaminhamentos, podendo resultar em prejuízos administrativos e financeiros. (BRASIL, 2009b; 2012b).

2.2. CONCEITO DE INSTRUÇÃO NORMATIVA

A Instrução Normativa caracteriza-se como ordem escrita e geral, a respeito do modo e da forma de execução de determinado serviço, geralmente utilizada em órgãos públicos. Tem como objetivo, oficializar a organização e o ordenamento administrativo, interno de uma instituição, a fim de orientar os dirigentes e servidores no desempenho de suas atribuições. É um documento de grande importância, se elaborado seguindo diretrizes que estabelece normas, métodos, procedimentos, bem como regulamenta ações a serem executadas e aponta requisitos necessários para a realização de tarefas e/ou estabelece proibições, especificando e caracterizando fatos, objetos e atividades a serem desempenhadas pela organização (PORTO ALEGRE, 2011; BRASIL, 2012b; ESTADO DO PARANÁ, 2013).

2.3. GERENCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAIS

Os gestores em saúde necessitam utilizar-se de estratégias de intervenção, na organização dos serviços de saúde. Essas estratégias podem ser múltiplas, dirigidas às várias causas imediatas e/ou subjacentes, aos vários problemas identificados, de acordo com o âmbito de intervenção planejado (KUSCHNIR, 2010).

Na organização dos serviços de saúde, são muitos os desafios a serem enfrentados, desde a compreensão e elaboração das linhas de cuidados, até a organização do trabalho, seja na definição do manejo adequado, ou na definição de protocolos que incluam direcionamentos clínicos, medicamentosos e procedimentos adaptados às especificidades do usuário, suas necessidades e singularidade. A elaboração de documentos norteadores deve contemplar a análise de custo efetividade, os programas e recomendações já existentes, bem como definir insumos necessários e estratégias diagnósticas, disponíveis para serem adequadamente utilizados. Torna-se importante, para a qualidade da assistência, embasar-se nas melhores evidências científicas disponíveis e compartilhar entre os profissionais envolvidos a construção dos documentos (MALTA, 2010).

2.4. SOBRE A DIABETES MELLITUS

A DM é uma doença silenciosa e na maioria das vezes a pessoa acometida não apresenta sinais e sintomas, ou não se atenta a eles, e quando procura atendimentos de saúde já está com a doença instalada. A prevalência da DM vem aumentando ao longo dos anos e habitualmente está associada à dislipidemia, à hipertensão arterial, a obesidade e ao sedentarismo.

No Brasil um estudo realizado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), por contato telefônico no ano de 2012, constatou pelo autorrelato das pessoas contatadas, que a frequência da diabetes foi de 7,4%, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres, com diagnóstico mais realizado em pessoas com idade mais avançada,

geralmente iniciada a partir dos 35 anos, e escolaridade média de oito anos de estudo.

A DM tornou-se um problema de saúde de grande magnitude, enorme impacto na vida produtiva das pessoas acometidas e um dos maiores custos com tratamentos por complicações, aos cofres públicos. Necessita de ações contínuas de prevenção a agravos, e acompanhamento constante dos usuários acometidos, sendo considerada uma condição sensível à Atenção Primária a Saúde (APS), e quando acompanhada corretamente no nível primário de atenção, evita hospitalizações, sequelas e mortes, tanto pela diabetes como por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

2.5. CUIDADOS E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo linhas de cuidado e programas de acompanhamento às condições crônicas de saúde, visando estruturar as ações de prevenção e controle de doenças incapacitantes como a DM. Dentre as estratégias dispostas nas linhas de cuidado estão as de responsabilidade da APS, identificada como porta de entrada dos usuários acometidos pela DM e principal identificador e diagnosticador dessa patologia.

O acompanhamento dos usuários diagnosticados com DM consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, sendo essas escolhas saudáveis a base do tratamento do diabetes, possuindo uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. Outro fator importante é o abandono ou moderação no uso de álcool e do tabagismo, utilizando ou não do tratamento farmacológico (BRASIL, 2013).

Para que o cuidado prestado ao usuário diagnosticado com DM, na APS, seja integral e eficaz, é necessária a capacitação contínua de profissionais e usuários permitindo o planejamento estratégico das ações que serão pactuadas, frente à escolha de intervenção necessária para cada indivíduo. Outra necessidade

identificada é o envolvimento e comprometimento de equipe interdisciplinar, com aproveitamento de todos os profissionais disponíveis, no acompanhamento dos usuários diabéticos, visando o empoderamento destes, ao autocuidado preventivo (GUIDONI, 2009; BRASIL, 2013).

2.6 AFERIÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NO CONTROLE DA DIABETES

A utilização do monitoramento de glicose no sangue destaca-se como estratégia fundamental para melhorar o controle e a qualidade de vida dos indivíduos com DM, mas se faz necessário, orientar adequadamente e constantemente o paciente para educá-lo quanto ao uso correto e a importância do monitoramento ser associado com outras técnicas de controle, como a adoção de hábitos e alimentação saudáveis. A maioria dos sistemas portáteis de monitorização da glicose (ou glicosímetros) são aparelhos capazes de determinar a concentração da glicose em sangue total, por meio de amostra de sangue coletada na punção distal dos dedos das mãos, que é denominada, coleta de sangue capilar. A frequência e o período de realização dos testes variam em função da necessidade de cada paciente, e suas habilidades de manuseio e leitura da dosagem devem ser reavaliadas constantemente para readequação do tratamento proposto (FLEURY, 2009; NEGRATO, 2014).

2.7 A EFICÁCIA DO AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR DOMICILIAR

O Sistema único de Saúde (SUS) vem implementando o fornecimento de insumos e medicamentos para tratamento e acompanhamento de pacientes com DM desde 2006, por meio da Lei Federal Brasileira nº 11.347, que elencou critérios e normas para a disponibilização gratuita desses materiais. Entre os insumos estão os glicosímetros e tiras reagentes para medida de glicemia capilar e lancetas para punção digital, aos indivíduos com DM, em uso contínuo de insulina, oportunizando a realização da automonitorização no domicílio (BRASIL, 2006b).

A ideia central da automonitorização da glicemia capilar domiciliar é proporcionar aos indivíduos com DM, o conhecimento dos valores diários de glicemia, auxiliando e oportunizando o alcance das metas de controle glicêmico, redução de complicações agudas e crônicas e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida. Essa tecnologia de cuidado é recomendada como parte essencial das estratégias terapêuticas para o controle adequado da DM e para ajustes no tratamento medicamentoso, sempre associada às demais estratégias da linha de cuidados aos usuários diabéticos (AUGUSTO *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2009).

A eficácia da automonitorização de glicemia capilar foi evidenciada por meio de estudo realizado no ano de 2006 no Brasil, no qual o método mostrou-se benéfico, na detecção de excursões glicêmicas, detecção de hiperglicemia pós-prandial, na redução da hemoglobina glicosilada e ajuste terapêutico em pacientes diabéticos. Demonstrou também ser um método seguro e bem tolerado, porém com baixa sensibilidade para estados hipoglicêmicos, podendo superestimar os índices de hipoglicemia assintomática em pacientes diabéticos (MAIA, 2006).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O município de Pinhais/PR possui uma população de 117.008 habitantes segundo o censo do IBGE no ano de 2010, emancipado há 23 anos, é considerado o menor município do estado em extensão territorial, com cerca de 60 km². É um município essencialmente urbano, situado na região metropolitana de Curitiba e sua economia se baseia na indústria e comércio.

O município possui dez unidades de saúde da família (USF), uma unidade de saúde da mulher criança e adolescente, um Centro de Especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), 22 Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro Equipes de Estratégia de Saúde Bucal, cinco Clínicas de Assistência Odontológica, quatro Farmácias e seis Dispensários de Medicamentos, Serviço Municipal de Remoção para transporte de usuários com dificuldade de locomoção e/ou em situações de emergências, uma Unidade Pronto Atendimento (UPA 24 horas) e um Hospital Municipal que conta com 20 leitos de maternidade, 19 leitos de pediatria, 17 leitos de clínica médica, nove leitos de clínica cirúrgica, quatro leitos observação, quatro leitos pré-parto e quatro leitos de cuidados intermediários (PINHAIS, 2015b).

A Secretaria Municipal de Saúde tem sede própria e ampla, alocando os cinco departamentos estratégicos que a compõe; Coordenadoria de Gestão, Departamento de Vigilância em saúde (DEVIS), Departamento de Controle e Auditoria (DECAU), Departamento de Administração (DEAM) e Departamento de Assistência a Saúde (DEASS) (PINHAIS, 2015).

O DEASS é constituído por 02 gerências e 02 núcleos de assistência, sendo eles; a Gerência da Rede Básica de Saúde (GEREB), a Gerência Planejamento Avaliação e Monitoramento das Políticas de Saúde (GEPAM), o Núcleo Técnico de Assistência Odontológica (NUTEO) e o Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica (NUTEF). A Gerência de Planejamento, Avaliação e Monitoração das Políticas de Saúde é responsável por todos os programas de saúde pública no município, sendo

composta por três seções estratégicas: Seção Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (SEMCA), Seção da Saúde da Família (SESAF) e Seção Saúde do Adulto e Idoso (SESAI) (PINHAIS, 2015b).

A SESAI é responsável pelo planejamento, avaliação e monitoramento das políticas e programas relacionados com a saúde da população adulta, idosos, pessoas com deficiência e população LGBTTT. Dentre as ações e programas para a população adulta, a assistência às condições crônicas de saúde, é prioridade para a SESAI, desde que foi criada, no ano de 2013, por meio da reestruturação do DEASS que instituiu o GEPAM (PINHAIS, 2015b).

Anteriormente a reestruturação, o GEPAM era uma única seção, intitulada Seção de Assistência a Programas Estratégicos (SEAPE). Com a instituição do GEPAM e consequentemente a divisão dos programas entre as seções, tornou-se possível estudar mais a fundo as condições em que estavam sendo desenvolvidos os programas de saúde municipais. Dados disponibilizados pelo DEASS no ano de 2013 foram cuidadosamente avaliados e percebeu-se, que o Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC), era desenvolvido no município, com gerenciamento dentro do próprio DEASS, incluindo desde a infraestrutura logística, bem como a reavaliação de habilidades e entendimento dos usuários do programa, sobre o uso e importância do controle glicêmico, por meio da aferição de glicemia capilar (PINHAIS, 2015b).

Observou-se também que o desenvolvimento gerencial do PMAGC municipal, era realizado geralmente por profissionais com formação administrativa, isso veio a reforçar a preocupação dos gestores com o acompanhamento dos usuários e a efetividade do programa. Outra questão importante avaliada no início das atividades do SESAI foi que o município não possuía nenhum documento norteador do PAMGC, instituído pelo próprio município, sendo que o embasamento gerencial para o desenvolvimento do programa era unicamente a Lei Federal nº 11.387/2006 e a Portaria nº 2.583/2007, que dispõem sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos aos usuários diagnosticados com DM, pelo SUS (PINHAIS, 2015b).

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Este projeto trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva, por meio da análise documental da assistência municipal de saúde aos usuários diagnosticados com DM, inseridos no PAMGC, com foco na evolução do programa e descrição das necessidades de ajuste deste entre os anos de 2013 a 2015. A pesquisa discorre sobre base de dados da Atenção Primária à Saúde, colhidos no sistema de informatização utilizado pelo município de Pinhais/PR (Winsaúde), padronizado por este município em todas as unidades de assistência à saúde.

A gerência desses dados é realizada pela Secretaria Municipal da Saúde (SEMSA), por meio do Departamento de Assistência a Saúde (DEASS), responsável pelo gerenciamento da atenção básica à saúde municipal.

Segundo o Observatório de Saúde Global (OMS, 2012), a estimativa de prevalência da Diabetes na população masculina brasileira é de 10,4 % da população adulta com idade acima de 25 anos. Para as mulheres, essa prevalência foi estimada em 10 % da população total feminina com idade acima de 25 anos. Dados divulgados pelo censo IBGE 2010 estimam que a população de Pinhais adulta acima de 25 anos masculina é de 32.040 e destes, segundo a estimativa citada, 3.332 estão ou se descobrirão com MD. Já na população feminina a estimativa é de 35.772 mulheres e destas 3.577 podem ser ou descobrir-se com DM (IBGE, 2010).

No ano de 2013 a SEMSA iniciou, por meio da SESAI, o planejamento de readequação do atendimento as doenças crônicas, dentro do Programa de Cadastramento e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Federal (Hiperdia), para a reestruturação da atenção as condições crônicas de saúde, atendendo a política nacional, no âmbito municipal.

Dentre as ações de reestruturação na assistência as condições crônicas de saúde, foram elencadas como prioridades, três iniciativas que tiveram início ainda no ano de 2103: a capacitação de 100% dos profissionais da APS, por meio das oficinas de Qualificação dos Profissionais da APS (AP SUS), em parceria com a Secretaria de Estado do Paraná; a construção de um Documento Norteador do PAMGC e a Estratificação de Risco Cardiovascular dos usuários inscritos no

programa Hiperdia, por meio da utilização do escore de Framingham, planejado para ser inserido no prontuário eletrônico do Sistema de Gerenciamento de Informações de Saúde (WINSAUDE), utilizado pelo município (PINHAIS, 2015b).

Para reestruturação do PAMGC, avaliou-se o número de usuários que estiveram utilizando o programa entre os anos de 2012 e 2014, sendo que em 2012, foram 234 usuários, em 2013 foram 571 usuários e em 2014, 577 usuários receberam as fitas testes para a monitorização. Observa-se um crescimento acentuado na procura e inserção de usuários no programa, reforçando a necessidade de adoção de estratégias normatizadoras e gerenciais, objetivando otimizar também os recursos financeiros necessários a manutenção do fornecimento de insumos (PINHAIS, 2015a).

Em dezembro de 2014 o DEASS descentralizou o PMAGC, após ter elaborado um Documento Norteador para normatizar o programa no município, inserindo a gestão e logística do programa, aos profissionais farmacêuticos, responsáveis pelas quatro farmácias municipais. Também foi inserida a consulta do profissional farmacêutico na linha de cuidado com ao usuário do PAMGC como parte fundamental no compartilhamento da clínica e gerenciamento de casos complexos, conforme disposto no Anexo (I).

O planejamento das ações utilizadas para definir a conduta das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários com doenças crônicas persistentes na APS, foram pactuadas seguindo as linhas de cuidado descritas nos Cadernos de Atenção a Saúde, do MS, e definidas no processo de qualificação profissional do AP SUS. A ESF já tem em sua estruturação, características inovadoras de assistência em saúde dos indivíduos e famílias, inseridos em suas comunidades, vindos ao encontro das propostas de melhorias elencadas no Documento Norteador que foi elaborado para subsidiar as ações relacionadas ao PAMGC.

Em análise do primeiro ano de descentralização do PAMGC para o gerenciamento dos profissionais farmacêuticos, a SESAI, responsável pelo monitoramento do programa, identificou alguns problemas no funcionamento que podem vir a comprometer a reestruturação proposta, de acordo com o Documento Norteador para o PAMGC, utilizado na APS municipal, dentre as principais estão:

- Prescrição com indicação de uso do automonitoramento de glicemia capilar para usuários que se encontram fora dos critérios de inclusão do PAMGC;
- Sobrecarga do profissional farmacêutico frente ao acompanhamento dos usuários;
- Falta de comprometimento dos profissionais das ESF no acompanhamento dos usuários inseridos no PAMGC;
- Utilização inadequada os insumos fornecidos pelo programa por parte dos usuários;
- Aumento de consumo de insumos fornecidos pelo PAMGC, comprometendo o orçamento municipal para aquisição de medicamentos.

Os problemas encontrados evidenciam a necessidade de envolvimento de todos os profissionais da APS municipal, para a efetivação da proposta de reestruturação do PAMGC, oportunizando avanços na atenção aos agravos aos usuários diagnosticados com DM, que fazem uso do automonitoramento de glicemia capilar no domicílio, permitindo a prevenção oportuna de possíveis complicações, ajustes nas doses medicamentosas e o protagonismo desses usuários, para o autocuidado e a manutenção da qualidade de vida. O presente projeto tem como finalidade padronizar o PAMGC por meio de elaboração de uma Instrução Normativa que contemple critérios normativos que venham apresentar possíveis soluções aos problemas até então apresentados no desenvolvimento do PAMGC no município de Pinhais.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Por meio da análise documental da presente pesquisa, evidenciou-se a necessidade de implementação de melhorias no PAMGC no município de Pinhais. Este projeto propõe a padronização do PAMGC deste município, por meio de Instrução Normativa para Indicação de Uso de Automonitoramento de Glicemia Capilar, descrita no documento em anexo a este projeto (Anexo II), que após ser apresentada aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, e devidamente aprovada, poderá ser oficializada por meio de Decreto Municipal.

4.2 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA E PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Para entendimento e aprovação da Instrução Normativa para Indicação de Uso de Automonitoramento de Glicemia Capilar, serão realizadas reuniões para discussão dos critérios elencados, bem como discussão de possíveis ajustes e/ou melhorias de redação, com representantes das categorias profissionais que compõem a APS municipal bem como os gestores do DEASS e SEMSA, responsáveis pelo gerenciamento da atenção a saúde municipal. Também será disponibilizado o Documento Elaborado na íntegra para avaliação e conhecimento dos demais profissionais da APS, por meio da abertura de consulta pública municipal, objetivando agregar maior conhecimento, oportunizando o compartilhamento das experiências profissionais de todos os envolvidos.

O plano de implantação da proposta de padronização, será apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, para devida apreciação e aprovação dos seus membros, antes de iniciar a implementação nas unidades de saúde, se o projeto obtiver a aprovação necessária. Após aprovação, os responsáveis deverão criar condições para a qualificação de todos os profissionais da APS, bem como a sensibilização destes frente a grande importância do reconhecimento e

entendimento de cada profissional sobre suas responsabilidades e atribuições com relação ao PAMGC. A tabela 1 sugere um cronograma estratégico a ser seguido para implementação da referida Instrução Normativa, definindo os responsáveis por cada etapa.

Tabela 1: Cronograma de etapas para implementação da padronização do PAMGC.

Atividade	Data	Responsável
Apresentação da Proposta aos Gestores	Fevereiro/2016	SESAI
Apresentação da Proposta ao Conselho de saúde	Fevereiro/2016	SESAI
Apresentação da Proposta aos profissionais (categoria)	Fevereiro/2016	SESAI
Abertura de Chamamento Público	Fevereiro/Abri/2016	SESAI/DEASS
Capacitação dos Farmacêuticos e coordenadores USFs	Abri/Maio/2016	SESAI/DEASS
Capacitação dos profissionais USFs (reunião de equipe)	Abril/Maio/2016	SESAI/DEASS

FONTE: Os Autores (2015).

A avaliação e monitoramento do projeto proposto dar-se-á por meio do SESAI, com a análise mensal de relatórios de dados registrados no prontuário eletrônico de uso municipal, onde poderá ser avaliado o número de usuários atendidos por USF, quais os profissionais que realizaram a consulta de acompanhamento do usuário, informações clínicas, registradas nos atendimentos dos usuários, confiabilidade de aferições no automonitoramento, medicamentos prescritos, identificação dos casos que apresentam risco de complicações e necessitam de acompanhamento intensificado, entre outras informações importantes.

Também, serão realizadas visitas periódicas às unidades de saúde, pelos profissionais do DEASS, com a finalidade de observar os serviços desenvolvidos, e analisar o processo frente à percepção dos profissionais da APS, relacionada à implementação da Instrução Normativa nas unidades de saúde. Outra medida importante para o bom desenvolvimento do projeto proposto é a implantação de um plano municipal de qualificação profissional contínuo, oportunizando a reciclagem dos profissionais atuantes na APS, bem como a qualificação e sensibilização dos profissionais que venham a iniciar as atividades no município no decorrer da implementação e solidificação do projeto.

4.3 RECURSOS

O projeto técnico proposto deverá ser avaliado pela Secretária Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, para aprovação. Após aprovação será necessário à capacitação dos profissionais da APS, sendo fundamental a viabilização de recursos humanos, tanto para a capacitação bem como para o desenvolvimento do projeto. Os profissionais envolvidos na proposta são: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, farmacêuticos, dentistas, técnicos e auxiliares de odontologia e agentes comunitários de saúde.

4.4 RESULTADOS ESPERADOS

Atingir 100 % das metas estabelecidas.

4.4.1 METAS A ATINGIR

Relativas ao Objetivo 01:

- Instituir a Instrução Normativa elaborada para padronização do PAMGC no município de Pinhais, no ano de 2015;
- Oportunizar a revisão e atualização da Instrução Normativa instituída anualmente, por meio de abertura de chamado público municipal.

Relativas ao Objetivo 02:

- Garantir orientação adequada para o autocuidado a todos os usuários do PAMGC municipal;
- Garantir orientação em relação ao uso do aparelho de aferição de glicemia capilar e importância da aferição nos horários recomendados a 100% dos usuários do PAMGC municipal;
- Garantir consulta periódica de acompanhamento com dentista, enfermeiros, farmacêuticos e médicos a 100% dos usuários do PAMGC municipal.

Relativas ao Objetivo 03:

- Capacitar 100% dos profissionais para atendimento aos usuários do PAMGC municipal, conforme protocolos adotados na UBS;
- Garantir educação continuada a 100% dos profissionais para atendimento aos usuários do PAMGC municipal, por meio da instituição do plano municipal de qualificação profissional.

Relativas ao Objetivo 04:

- Garantir o fornecimento dos insumos necessários aos PAMGC municipal, por meio da otimização do programa conforme padronização de Instrução Normativa;
- Realizar busca ativa a 100% dos usuários faltosos as consultas para acompanhamento do PAMGC municipal, por meio da ESF;
- Manter registros atualizados no prontuário eletrônico de uso do município a 100% dos usuários acompanhados pelo PAMGC municipal.

4.4.2 Indicadores

- Número total de usuários inscritos no PAMGC municipal X Total de insumos específicos para o PAMGC dispensados semestralmente no município de Pinhais.
- Número de atendimentos de consultas mensais, realizados para usuários inscritos no PAMGC municipal por farmácia X Número de atendimentos de consultas mensais para usuários do PAMGC pertencentes à área de abrangência por USF.
- Número total de inscritos no PAMGC acompanhados no ano X Número de novas indicações de uso do PAMGC por ano.
- Proporção de usuários inscritos no PAMGC com consulta de acompanhamento em dia, por área de abrangência de cada USF do município.

4.4.3 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

A padronização do PAMGC preconiza a assistência integral aos usuários do programa e poderá deparar-se com riscos e desafios no processo de implantação. Alguns problemas relacionados com o desenvolvimento da

padronização do programa encontram-se relacionados abaixo, mas cabe ressaltar que podem ocorrer outras situações de risco e comprometimento da eficácia da proposta, no decorrer do desenvolvimento das ações elencadas:

- Alta rotatividade do profissional médico na composição das ESFs. Para a resolução deste problema sugere-se a viabilização de concursos públicos pela prefeitura municipal, prevendo o vencimento dos concursos realizados para manter a ativa vigência de posse de novos profissionais. Outro item importante na solução desse problema é a educação continuada oportunizando a capacitação dos novos profissionais;
- Falta ou inadequação de registros de acompanhamento no prontuário eletrônico nos atendimentos dos usuários do PAMGC pelos profissionais de nível superior que realizam as consultas de acompanhamento. Sugere-se a avaliação e monitoramento periódicos por meio de relatórios de dados registrados no prontuário eletrônico, pelos profissionais do GEPAM;
- Influência de aspectos psicológicos e sociais dos usuários do PAMGC na correta utilização do Automonitoramento de Glicemia Capilar no Domicílio. Sugere-se a gestão dos casos com maior risco de comprometimento e ou agravos, por meio da identificação destes nas consultas de acompanhamento, conforme Instrução Normativa proposta;
- Dificuldade de manuseio e uso correto dos aparelhos devido a constantes trocas dos pares, sempre que é realizada nova licitação para compra. Sugere-se a reavaliação constante das habilidades do usuário em utilizar o aparelho, a cada oportunidade de atendimento, seja na USF ou no domicílio, por meio das visitas domiciliares da ESF;
- Falta de insumos para dispensação aos usuários do PMAGC devido atrasos na entrega destes pelas empresas vencedoras das licitações. O fornecimento das tiras de glicemia é realizado pelas empresas vencedoras das licitações realizadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, meio pelo qual o município recebe o repasse das fitas. Nesse caso ocorre uma maior dificuldade na solução do problema elencado, visto que a compra dos insumos é realizada por licitação, planejada com base nos itens que não

estavam disponíveis ou extrapolaram a cota financeira do Consórcio Paraná Saúde, a reposição do estoque municipal é trimestral pelo Consórcio Paraná Saúde e quadrimestral pela licitação municipal. Planejar, adquirir e distribuir insumos na área da saúde requer dos gestores flexibilidade e capacidade de reação, frente às inúmeras alterações a que está sujeito, o perfil epidemiológico das afecções que acometem a população, alterando frequentemente o consumo histórico municipal.

5 CONCLUSÃO

A partir dos fatores encontrados nesse estudo, oportunizou-se a identificação dos problemas que o PAMGC desenvolvido no município de Pinhais e a apresentação de uma proposta de intervenção que contemplam ações capazes de possibilitar melhorias e/ou a solução dos problemas encontrados.

O estudo permitiu observar que, o município, por meio do DEASS, vem trabalhando intensamente em busca de melhorias na atenção às condições crônicas de saúde e na reestruturação do PMAGC no âmbito municipal. Porém faz-se necessário padronizar e/ou normatizar o programa, identificando pontos críticos e especificando as responsabilidades que cada profissional da APS têm no desenvolvimento, avaliação e monitoramento do programa. Dados evidenciados no estudo confirmam a importância da instituição de uma Instrução Normativa que permita realizar o trabalho uniformemente no âmbito municipal, bem como envolver todos os atores da APS na construção do programa.

Para que se alcance efetividade nas ações propostas, fica evidente que um dos caminhos para melhorias, é a busca pela capacitação continuada dos profissionais, e a promoção do diálogo entre estes e gestores. Sugere-se o diálogo como forma de construção do programa, por meio da realização diária das atividades, e compromisso de todos os envolvidos em promover saúde, para oportunizar as mudanças e ajustes necessários à adequação do programa, conforme a realidade municipal que se apresentar.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, M. C. **Avaliação do programa de dispensação de glicosímetros e insumos para automonitorização da glicemia capilar no município de Botucatu.** São Paulo. Botucatu, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00801.pdf>. Acesso em 06/10/2015.

AUGUSTO, M. C. *et al.* Evaluación del programa de automonitoreo de la glucosa capilar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** São Paulo. v. 22, n.5, p. 801-809, 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3282.248. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00801.pdf>. Acesso em 18/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica.** 2006a. Disponível em <dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/Abcad15.pdf>. Acesso em 08/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 11.377, de 27 de Setembro de 2006.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. MS: Brasília, 2006b. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/.../Lei/L11347.htm>. Acesso em 08/10/2015.

BRASIL. Sistema Único de Saúde – SUS. **Democratiza o Acesso do Cidadão aos Serviços de Saúde.** SUS. 2009a. Disponível em <www.brasil.gov.br › Saúde › 2009 › 11>. Acesso em 22/11/2015.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. **Manual de Padronização de Atos Oficiais Administrativos do Tribunal Superior Eleitoral.** 2ª Edição. Brasília, 2009b.

Disponível em <www.tse.jus.br/hotSites/CatalogoPublicacoes/.../manual_versao_web.pdf>. Acesso em 08/11/2105.

BRASIL. **Estimativas sobre frequências e distribuição sociodemográficas de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2012.** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-VIGITEL, 2012a. Disponível em < bvsms.saude.gov.br/bvs/.../vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf>. Acesso em 11/11/2015.

BRASIL. Congresso. Senado. **Manual de Padronização de Atos Administrativos Normativos.** Senado Federal. Edição Preliminar. Brasília, 2012b. Disponível em < www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/.../000960587.pdf?...1>. Acesso em 18/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção nº 35 - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** MS: Brasília, 2014. Disponível em < bvsms.saude.gov.br/.../estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab...>. Acesso em 08/10/2105.

ESTADO DO PARANÁ. **Sistema Integrado de Gestão da Secretaria de Infraestrutura e Logística, Regulamentação para Elaborar Instrução Normativa.** Secretaria de Infraestrutura e Logística, 2013. Disponível em < www.infraestrutura.pr.gov.br/>. Acesso em 18/11/2015.

FLEURY. **Glicemia Capilar.** Disponível em: <<http://www.fleury.com.br/revista/artigos/Pages/a-automonitorizacao-por-meio-da-glicemia-capilar.aspx>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

GUIDONI, C. M. *et al* . Assistência ao Diabetes no Sistema Único de Saúde: Análise do Modelo Atual. Braz. **J. Pharm. Sci.**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 37-48, mar. 2009.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Populacional 2010**. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 12/11/2015.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. Departamento de Ciências da Administração-UFSC. Florianópolis, 2010.

MAIA, F. F. R.; ARAUJO, L. R. Impacto do Sistema de Monitorização Contínua da Glicose em Pacientes Diabéticos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 395-400, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000600017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18/11/2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O Percurso da Linha do Cuidado Sob a Perspectiva das Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Interface** (Botucatu), v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

NEGRATO, C. **Esclarecimentos sobre a metodologia utilizada nos monitores de glicemia capilar (glicosímetro) e erros mais frequentes na prática clínica**. 2012. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas/dr-carlos-negrato/esclarecimentos-quanto-a-metodologia-utilizada-nos-monitores-de-glicemia-capilar-glicosímetros-e-erros-mais-frequentes-na-pratica-clinica>>. Acesso em: 30 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Observatório Global Health Dados (GHO). **Estatísticas Mundiais de Saúde 2012**. Disponível em, <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/>. Acesso em 12/11/2015.

PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência a Saúde **Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica**. Pinhais, 2015a.

PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência a Saúde. **Seção Políticas de Saúde do Adulto e Idoso**. Pinhais, 2015b.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Administração. **Manual de Procedimentos Administrativos**. Versão Online. Porto Alegre, 2011. Disponível em < www.cetecportoalegre.educacao.ws/.../Prof.-Marcello-REDAÇÃO-OFICIAL...>. Acesso em 18/11/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DA DIABETES – SBD. **Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2**: Algoritmo SBD 2014. Disponível em <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/>>. Acesso em: 22/11/2015.

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* Automonitorização da Glicemia Capilar no Domicílio: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 1006-1007, 2009.

ANEXO I

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE- DEASS**

**PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO
DE GLICEMIA CAPILAR**

**PINHAIS
2014**

LISTA DE SIGLAS

AMGC - Automonitoramento de Glicemia Capilar.

CNS - Cartão Nacional de Saúde.

CPF- Cadastro de Pessoas Físicas.

DEASS - Departamento de Assistência a Saúde.

DG - Diabetes Gestacional.

DM1 - Diabetes Mellitus tipo I.

DM2 - Diabetes Mellitus tipo II.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

GAD - Descarboxilase do Ácido Glutâmico

HbA1C - Hemoglobina Glicosilada.

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

MS - Ministério da Saúde

NUTEF- Núcleo Técnico de Farmácia.

PAMGC - Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

RG - Registro Geral

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes.

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde.

SOAP - Sistema de Evolução de Enfermagem.

SUS - Sistema Único de Saúde.

USF - Unidade de Saúde da Família.

WINSAÚDE - Sistema de Gerenciamento de Informações.

Elaborado por: Luciana Serena Parolin

(Seção de Políticas de Saúde do Adulto e do Idoso)

Revisado por: Jaqueline F. Juvenal Zômpero (Enfermeira)

Letícia Biss (Médica de Família e Comunidade)

Nicolle Cristina Rodrigues Mansilla (Farmacêutica)

Viviane Maysa Tomazoni Renaud (Enfermeira)

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

1-INTRODUÇÃO.....	39
2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....	40
2.1- INDICAÇÃO.....	40
2.2- COLETA.....	41
2.3- EVIDÊNCIAS.....	41
2.4- AFERIÇÃO.....	41
2.5- REAVALIAÇÃO.....	42
2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES.....	42
3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	43
4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	44
5- GESTÃO DO CUIDADO / PROFISSIONAL FARMACÊUTICO.....	45
6-MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR.....	13
ANEXO I.....	14
ANEXO II.....	15
ANEXO III.....	16
LEGISLAÇÃO.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

1- INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus - DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2006).

O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

As consequências do Diabetes Mellitus (DM) em longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida das pessoas com DM.

Um programa de cuidado integral ao Diabetes Mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado e proposto de acordo com as possibilidades do usuário, que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida das pessoas com DM.

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, através de uma abordagem multiprofissional levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas. A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejadas levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.

A assistência farmacêutica aos portadores de diabetes no município de Pinhais, atualmente, disponibiliza para o tratamento de pacientes diabéticos, distribuição sistemática de dois tipos de insulinas, NPH Humana e Regular Humana,

antidiabéticos orais, seringas para aplicação de insulina, tiras reagentes e lancetas para o automonitoramento da glicemia capilar. Realiza também a gestão de insumos, medicamentos e materiais necessários à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de acompanhamento para diabéticos, HIPERDIA municipal.

Diante do exposto justifica-se a descentralização do Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC), que possibilita o acesso dos usuários próximo de suas residências e o monitoramento da efetividade deste programa.

2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada, sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde.

2.1- INDICAÇÃO

A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente;

2.2- COLETA

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

O AMGC deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

2.3- EVIDÊNCIAS

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

2.4- AFERIÇÃO

A frequência do AMGC deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

A frequência diária recomendada em média deve ser três a quatro vezes ao dia. Os portadores de diabetes tipo I e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de "ponta de dedo" 3 a 4 vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina.

2.5- REAVALIAÇÃO

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas semestralmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados.

Os profissionais devem registrar, a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está realizando adequadamente e registrando as aferições diárias, para acompanhamento da eficácia do programa.

3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os insumos deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes que tem como frequência diária no mínimo 3 medidas de glicemia.

- Os usuários deverão ser moradores de Pinhais, cadastrados no Cartão SUS, no Programa de Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA (comprovar através de carteirinha).
- A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS, que serão os responsáveis pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus.
- A participação do usuário nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus - HIPERDIA, que poderá ser individual ou coletivo, também será condição de permanência do usuário neste Programa.
- O usuário deve estar favorável e assinar o Termo de Compromisso, o qual oficializa a responsabilidade do mesmo sobre o aparelho.
- O uso do aparelho é INDIVIDUAL, cada usuário receberá o seu aparelho, se identificada à necessidade deste, pela equipe de saúde, mesmo que tenha mais de uma pessoa na família que necessite do AMGC.

Prescrições não oriundas de Médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS **não serão válidas para a inclusão do usuário** neste Programa. Neste “caso, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica na Rede Municipal de Saúde.”

Não é aconselhado recomendar aos usuários a compra do glicosímetro, visto que a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará pela troca deste aparelho na eventual mudança do fabricante de tiras reagentes.

4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não mais receberão os insumos disponibilizados por este Programa os usuários que:

- Deixarem de residir em Pinhais;
- Deixarem de comparecer nas consultas médica e/ou de enfermagem, sem justificativa, por um período de no máximo 6 meses;
- Não aderirem às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas como: comprovadamente não realizam as aferições diárias, não registram as aferições quando realizam, e que, após avaliação da equipe multidisciplinar não se justifique a efetividade do PAMGC devido a não concordância com a lógica do programa.
- DM gestacional, mas que não mantiverem o uso da insulina após a gestação;
- Óbito;
- São pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes HbA1C normal ou quase normal.

Os pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que atingiram condições clínica estável, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes

5- GESTÃO DO CUIDADO / PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

Cabe à farmacêutica (o) da área de abrangência dos territórios pré- definidos:

- Realizar o cadastro do usuário para empréstimo do aparelho glicosímetro e inserir este na planilha própria da unidade. Para receber o glicosímetro, o usuário deverá apresentar a documentação exigida, ser devidamente informado de suas responsabilidades e assinar um Termo de Compromisso, se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho que deverá ser arquivado na farmácia da área de abrangência da USF.
- Realizar a consulta inicial do PAMGC fornecendo as orientações iniciais aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa, bem como sobre o fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias e a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa. Também devem fazer parte da consulta inicial o aconselhamento na forma de usar o aparelho Glicosímetro, os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de possíveis danos ao usuário e aumentar a adesão ao tratamento.
- Agendar o retorno do usuário para a Avaliação Farmacêutica em 30 dias após a aquisição do glicosímetro pelo usuário, para avaliar o correto uso do glicosímetro e aferição das glicemias.
- Trocar ou dispensar o aparelho glicosímetro, bem como fornecer uma orientação inicial somente aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa.
- Renovação para dispensação da fita reagente a cada (6) seis meses com avaliação das aferições diárias e controle glicêmico. O usuário deverá apresentar comprovante de residência e receitas de insulina e solicitação do glicoteste com solicitação de 03 aferições diárias.
- Realizar contato telefônico com o usuário que não renovar o cadastro de empréstimo em tempo acordado e/ou intervenções de busca ativa dos usuários faltosos juntamente com a equipe da USF.

- Referenciar os usuários portadores de DM a ESF da unidade de saúde que este pertence, verificada a necessidade de discussão do caso devido à discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Registrar a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está registrando as aferições diárias para acompanhamento da eficácia do programa.
- Elaborar juntamente com a ESF plano de ações para usuários portadores de DM quando discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Fazer visitas domiciliares aos pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus estratificados com risco grave ou com discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.
- Informar mensalmente ao CAF, os usuários que precisam das tiras reativas para glicemia capilar e manter atualizada a planilha disponibilizada na rede para que as fitas sejam automaticamente repostas.
- Dispensar a quantidade de tiras reagentes conforme prescrição médica e também deverá verificar se o usuário está utilizando adequadamente as tiras reagentes e o glicosímetro, lembrando que o uso inadequado, ou seja, a não adesão serve como critério para exclusão do programa.
- A organização e o controle com armazenamento adequado de insumos bem como a solicitação desses provimentos.

Na ausência do profissional farmacêutico na unidade de saúde, os atendimentos acima descritos, devem ser realizados e ou orientados pelos enfermeiros (as) da USF com farmácia conforme área de abrangência dos territórios pré definidos:

6- MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

A Atenção Primária a Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Será responsabilidade da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família, fornecer orientação inicial aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo e avaliar a cada fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados, devidamente registrados nos prontuários durante as consultas médicas, de enfermagem e farmacêuticas.

Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a equipe de Estratégia Saúde da família deverá reavaliar a necessidade ou não da continuidade do automonitoramento de glicemia capilar.

ANEXO I



PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE EMPRÉSTIMO

PROCESSO Nº xxxxx/2014 DATA DE ENTRADA: dd/mm/aaaa	
BENEFICIÁRIO:	
RG:	CPF:
ENDEREÇO:	FONE:

Conforme prescrição médica anexa em protocolo acima citado, garantindo o cumprimento da **Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 16/09/1980** e as portarias 116 e 146 do **Ministério da Saúde** de setembro e outubro de 1993, que normatizam a concessão de tal equipamentoO por unidade pública de saúde, de modo a **garantir o** atendimento ao usuário citado, **sendo este responsável por manter em perfeitas condições o bem fornecido e devolver o benefício em cento e oitenta dias (180), ou retornar ao Departamento de Assistência à Saúde para efetuar a renovação de empréstimo.**

ATENÇÃO

- **A NÃO RENOVAÇÃO NO PRAZO ESTIPULADO IMPLICA EM CANCELAMENTO DO CADASTRO SEM PRÉVIO AVISO.**
- **O USUÁRIO QUE TIVER O CADASTRO CANCELADO POR FALTA DE RENOVAÇÃO SÓ PODERÁ ABRIR UM NOVO PROCESSO DENTRO DE 90 DIAS.**
- **O USUÁRIO QUE TIVER O CADASTRO CANCELADO 2 VEZES SÓ PODERÁ ABRIR UM NOVO PROCESSO DENTRO DE 1 ANO.**

Pinhais, 01 de DEZEMBRO de 2014.

Ass. Usuário

Ass. Responsável pela Farmácia

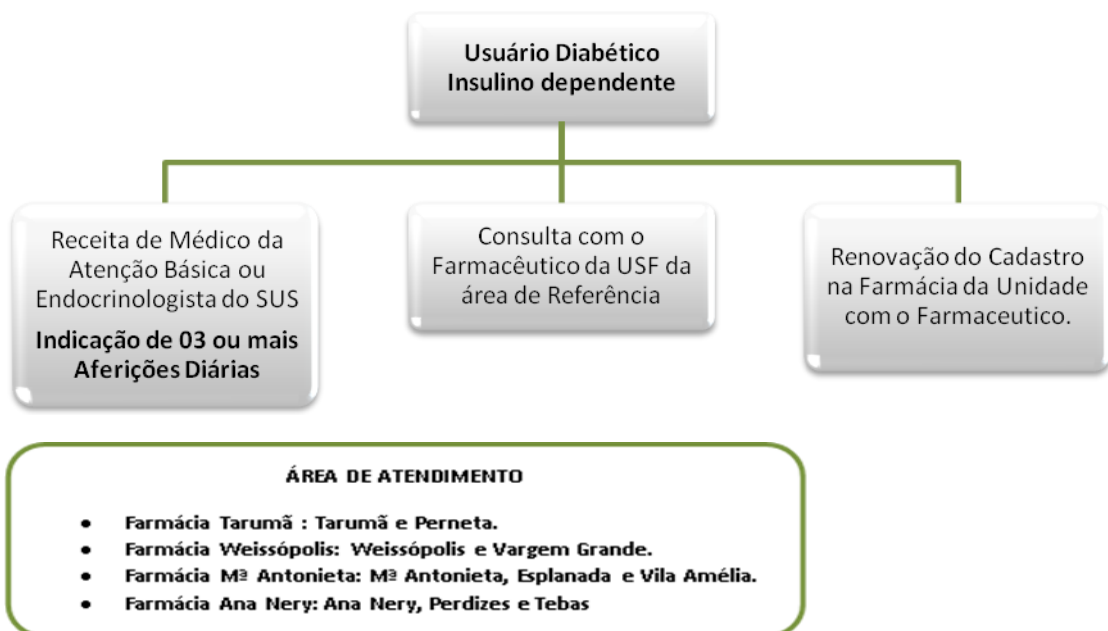
ANEXO II

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

Fluxograma para Abertura de Protocolo para empréstimo de glicosímetros e fornecimento de tiras reagentes:



Fluxograma para Renovação dos Cadastros:



ANEXO III

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º É assegurado ao pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus o direito de requerer, em caso de atraso na dispensação dos medicamentos e materiais citados no art. 1º, informações acerca do fato à autoridade sanitária municipal.

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Brasília, 27 de setembro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Guido Mantega

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar, em especial o citado no § 1º do artigo 1º;

Considerando a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implementação e financiamento dos programas e ações do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, de 27 de setembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

- a) glibenclamida 5 mg comprimido;
- b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;
- c) glicazida 80 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo a esta Portaria.

§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcad16.pdf.

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

Art. 4º A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Portaria são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Gomes Temporão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasília- Conselho Federal de Farmácia- A Assistência Farmacêuticas no SUS (2010).

Instrução normativa nº 2/2008- Automonitoramento de Glicemia Capilar- Florianópolis (2008).

Manejo do Tratamento do Paciente com Diabetes- Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde- Fascículo VII- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2011).

Manual de Assistência Farmacêutica- Secretaria Municipal da Saúde São Paulo (2013).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica (2006).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 16- Diabetes Mellitos (2006).

Sociedade Brasileira da Diabetes- Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014.

Sociedade Brasileira da Diabetes- Diretrizes 2013-2014.

ANEXO II

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE- DEASS**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA
PARA INDICAÇÃO DE AUTOMONITORAMENTO
DE GLICEMIA CAPILAR**

**PINHAIS
2015**

LISTA DE SIGLAS

AMGC - Automonitoramento de Glicemia Capilar.

CNS - Cartão Nacional de Saúde.

CPF- Cadastro de Pessoas Físicas.

DEASS - Departamento de Assistência a Saúde.

DG - Diabetes Gestacional.

DM1 - Diabetes Mellitus tipo I.

DM2 - Diabetes Mellitus tipo II.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

GAD - Descarboxilase do Ácido Glutâmico

HbA1C - Hemoglobina Glicosilada.

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

MS - Ministério da Saúde

NUTEF- Núcleo Técnico de Farmácia.

PAMGC - Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

RG - Registro Geral

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes.

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde.

SOAP - Sistema de Evolução de Enfermagem.

SUS - Sistema Único de Saúde.

USF - Unidade de Saúde da Família.

WINSAÚDE - Sistema de Gerenciamento de Informações.

INSTRUÇÃO NORMATIVA

1-INTRODUÇÃO.....	39
2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....	40
2.1- INDICAÇÃO.....	40
2.2- COLETA.....	41
2.3- EVIDÊNCIAS.....	41
2.4- AFERIÇÃO.....	41
2.5- REAVALIAÇÃO.....	42
2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES.....	42
3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	43
4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	44
5- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	45
5.1-DO ATENDIMENTO MÉDICO.	7
5.2- DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO.....	45
5.4- DO ATENDIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)..	12
6- CADASTROS NOVOS.....	13
7- MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR.....	47
ANEXO I.....	16
ANEXO II.....	23
ANEXO III.....	25
ANEXO IV.....	47
ANEXO V.....	50
LEGISLAÇÃO.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

2- INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus - DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2006).

O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

As consequências do Diabetes Mellitus (DM) em longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida das pessoas com DM.

Um programa de cuidado integral ao Diabetes Mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado e proposto de acordo com as possibilidades do usuário, que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida das pessoas com DM.

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, através de uma abordagem multiprofissional levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas. A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejadas levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.

Diante do exposto justifica-se a implantação da Instrução Normativa para a padronização do PMAGC com o objetivo de atuar na prevenção, diagnóstico precoce e diminuição das complicações agudas ou crônicas. Outro fato importante é a

descentralização do Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC), que possibilita o acesso dos usuários próximo de suas residências e o monitoramento da efetividade deste programa.

2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada, sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde.

2.1- INDICAÇÃO

A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente;

2.2- COLETA

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

O AMGC deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

2.3- EVIDÊNCIAS

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

2.4- AFERIÇÃO

A frequência do AMGC deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

A frequência diária recomendada em média deve ser três a quatro vezes ao dia. Os portadores de diabetes tipo I e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de "ponta de dedo" 3 a 4 vezes ao dia e em horários

de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina.

2.5- REAVALIAÇÃO

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas semestralmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados.

Os profissionais devem registrar, a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está realizando adequadamente e registrando as aferições diárias, para acompanhamento da eficácia do programa.

3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os insumos deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes que tem como frequência diária no mínimo 3 medidas de glicemia.

- Os usuários deverão ser moradores de Pinhais, cadastrados no Cartão SUS, no Programa de Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA (comprovar através de carteirinha).
- A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS, que serão os responsáveis pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus.
- A participação do usuário nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus - HIPERDIA, que poderá ser individual ou coletivo, também será condição de permanência do usuário neste Programa.
- O usuário deve estar favorável e assinar o Termo de Compromisso, o qual oficializa a responsabilidade do mesmo sobre o aparelho.
- O uso do aparelho é INDIVIDUAL, cada usuário receberá o seu aparelho, se identificada à necessidade deste, pela equipe de saúde, mesmo que tenha mais de uma pessoa na família que necessite do AMGC.

Prescrições não oriundas de Médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS **não serão válidas para a inclusão do usuário** neste Programa. Neste “caso, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica na Rede Municipal de Saúde.”

Não é aconselhado recomendar aos usuários a compra do glicosímetro, visto que a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará pela troca deste aparelho na eventual mudança do fabricante de tiras reagentes.

4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não mais receberão os insumos disponibilizados por este Programa os usuários que:

- Deixarem de residir em Pinhais;
- Deixarem de comparecer nas consultas médica e/ou de enfermagem, sem justificativa, por um período de no máximo 6 meses;
- Não aderirem às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas como: comprovadamente não realizam as aferições diárias, não registram as aferições quando realizam, e que, após avaliação da equipe multidisciplinar não se justifique a efetividade do PAMGC devido a não concordância com a lógica do programa.
- DM gestacional, mas que não mantiverem o uso da insulina após a gestação;
- Óbito;
- São pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes HbA1C normal ou quase normal.

Os pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que atingiram condições clínica estável, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes

5- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

5.1-DO ATENDIMENTO MÉDICO

O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista do SUS será responsável pela prescrição do glicosímetro e das tiras reagentes para o usuário que se enquadrar nos critérios de inclusão. O prescritor também será responsável por informar ao usuário quanto aos critérios de INCLUSÃO e EXCLUSÃO.

Cabe ao prescritor definir se o tratamento é contínuo, devendo, obrigatoriamente, registrar o termo USO CONTÍNUO ao lado do nome do medicamento ou insumo em questão.

O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista do SUS será responsável pelo acompanhamento do automonitoramento da glicemia capilar de cada usuário, considerando os critérios de permanência do usuário neste Programa.

Cabe aos Médicos das Unidades de Saúde da Família

- Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis comorbidades, visando à estratificação do risco cardiovascular do portador de diabetes.
- Encaminhar os usuários diagnosticados com DM para realização do cadastramento no Hiperdia municipal com a equipe de enfermagem da unidade.
- Solicitar exames complementares anualmente e/ou quando necessário para devida Estratificação de Risco.
- Orientar sobre mudanças no estilo de vida e prescrever tratamento não medicamentoso.
- Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso.
- Realizar Estratificação de Risco Cardiovascular pelo Escore de Framingham nos atendimentos de consulta, anualmente a todos os pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus cadastrados no HIPERDIA municipal.

- Encaminhar à unidade de referência secundária, de acordo com o Risco Estratificado para acompanhamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica.
- Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.).
- Fazer visitas domiciliares aos pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.
- Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.
- Decidir juntamente com a equipe, em usuários com compensação das taxas de glicose a retirada da automonitorização e o início da monitorização na unidade de saúde.
- Registrar a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está realizando adequadamente e registrando as aferições diárias para acompanhamento da eficácia do programa.

5.2- DO ATENDIMENTO FARMACÊUTICO

Cabe a farmacêutica (o) da área de abrangência dos territórios pré- definidos:

- Realizar o cadastro do usuário para empréstimo do aparelho glicosímetro e inserir este na planilha própria da unidade. Para receber o glicosímetro, o usuário deverá apresentar a documentação exigida, ser devidamente informado de suas responsabilidades e assinar um Termo de Compromisso, se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho que deverá ser arquivado na farmácia da área de abrangência da USF.

- Realizar a consulta inicial do PAMGC fornecendo as orientações iniciais aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa, bem como sobre o fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias e a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa. Também devem fazer parte da consulta inicial o aconselhamento na forma de usar o aparelho Glicosímetro, os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de possíveis danos ao usuário e aumentar a adesão ao tratamento.
- Agendar o retorno do usuário para a Avaliação Farmacêutica em 30 dias após a aquisição do glicosímetro pelo usuário, para avaliar o correto uso do glicosímetro e aferição das glicemias.
- Trocar ou dispensar o aparelho glicosímetro, bem como fornecer uma orientação inicial somente aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa.
- Renovação para dispensação da fita reagente a cada (6) seis meses com avaliação das aferições diárias e controle glicêmico. O usuário deverá apresentar comprovante de residência e receitas de insulina e solicitação do glicoteste com solicitação de 03 aferições diárias.
- Realizar contato telefônico com o usuário que não renovar o cadastro de empréstimo em tempo acordado e/ou intervenções de busca ativa dos usuários faltosos juntamente com a equipe da USF.
- Referenciar os usuários portadores de DM a ESF da unidade de saúde que este pertence, verificada a necessidade de discussão do caso devido à discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Registrar a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está registrando as aferições diárias para acompanhamento da eficácia do programa.

- Elaborar juntamente com a ESF plano de ações para usuários portadores de DM quando discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Fazer visitas domiciliares aos pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus estratificados com risco grave ou com discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.
- Informar mensalmente ao CAF, os usuários que precisam das tiras reativas para glicemia capilar e manter atualizada a planilha disponibilizada na rede para que as fitas sejam automaticamente repostas.
- Dispensar a quantidade de tiras reagentes conforme prescrição médica e também deverá verificar se o usuário está utilizando adequadamente as tiras reagentes e o glicosímetro, lembrando que o uso inadequado, ou seja, a não adesão serve como critério para exclusão do programa.
- A organização e o controle com armazenamento adequado de insumos bem como a solicitação desses provimentos.

Na ausência do profissional farmacêutico na unidade de saúde, os atendimentos acima descritos, devem ser realizados e ou orientados pelos enfermeiros (as) da USF com farmácia conforme área de abrangência dos territórios pré definidos:

5.3- DO ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem da Unidade de Saúde no qual o usuário é vinculado será responsável por providenciar e/ou atualizar o cadastro no Win saúde e Hiperdia.

Cabe aos técnicos e auxiliares de enfermagem

- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida e sobre as complicações do diabetes.

- Agendar consultas médicas e ou de enfermagem conforme risco estratificado, para os pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.
- Fazer visitas domiciliares aos pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.
- Participar junto com a equipe, das ações educativas primárias visando à promoção da saúde, promovendo trocas de experiências, nos grupos de pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.
- Realizar o teste de glicemia capilar em usuários portadores de DM conforme solicitação médica e/ou quando necessário.
- Orientar o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforçar orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares.

Cabe aos enfermeiros das USFs em suas áreas de abrangência:

- Fornecer orientações para usuários pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina e aconselhamento na forma de usar o aparelho Glicosímetro, importância das aferições, uso correto de medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de possíveis danos ao usuário e aumentar a adesão ao tratamento.
- Agendar consultas de enfermagem de rotina ou de retorno para acompanhamento do usuário conforme Estratificação de Risco (mensal, trimestral ou semestral) e avaliar adesão ao tratamento proposto, o correto uso da insulina, glicosímetro e aferição das glicemias.
- Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco cardiovascular, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento.
- Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

- Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar de forma permanente, suas atividades.
- Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus) e estratégias para a educação do paciente.
- Encaminhar os usuários portadores de diabetes conforme Risco Estratificado e com maior frequência para indivíduos não-aderentes, de difícil controle, portadores de lesões em órgãos alvo ou com co-morbidades, para consultas com o médico da equipe.
- Acompanhamento do automonitoramento da glicemia capilar de cada usuário vinculado a sua Unidade de Saúde, bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.
- Realizar monitoramento dos usuários portadores de DM inseridos no PAMGC e busca ativa dos usuários faltosos de suas respectivas áreas de abrangência nas ESF.
- Elaborar juntamente com a ESF plano de ações para usuários portadores de DM quando discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Registrar a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está realizando adequadamente e registrando as aferições diárias para acompanhamento da eficácia do programa.
- Fazer visitas domiciliares aos pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.

5.4- DO ATENDIMENTO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Cabe aos agentes comunitários de Saúde

- Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico.
- Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família.
- Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhadas, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra.
- Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos).

6- CADASTROS NOVOS

O usuário deve abrir protocolo na SEMSA com prescrição médica de insulina e das aferições diárias de glicemia capilar, CNS, RG e comprovante de residência, caso o protocolo seja aberto por outra pessoa que não o usuário com DM, este deve estar portando o documento de RG. O protocolo será direcionado a USF da área de

abrangência para contato com o usuário e entrega do aparelho, após retornará ao DEASS para arquivamento.

O paciente deve ser devidamente orientado sobre sua participação no tratamento e monitoramento proposto, sobre os critérios de inclusão e exclusão e a fazer diariamente o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados e registrados nos prontuários.

Na ocasião da troca/dispensação do glicosímetro, serão fornecidos ao usuário tiras reagentes, lancetas e outros insumos conforme a prescrição médica, critério estabelecido pelo DEASS e disponibilidade da farmácia responsável.

A renovação para dispensação do glicosímetro deve ser realizada a cada (6) seis meses e para tanto o usuário deverá apresentar, comprovante de residência, visita domiciliar (se necessitar de comprovação de endereço), receitas de insulina e solicitação do glicoteste com no mínimo 03 aferições diárias.

A dispensação das fitas será realizada na Farmácia da Unidade de Saúde da Família, de sua área de abrangência com registro no Winsaúde da quantidade dispensada e orientação da previsão da próxima retirada

A organização da distribuição de tiras reagentes, através de cotas proporcionais ao número de usuários em cada Unidade de Saúde, ficará a cargo do NUTEF/DEASS.

7- MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

A Atenção Primária a Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Será responsabilidade da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família, fornecer orientação inicial aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão

estabelecidos neste protocolo e avaliar a cada fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados, devidamente registrados nos prontuários durante as consultas médicas, de enfermagem e farmacêuticas.

Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a equipe de Estratégia Saúde da família deverá reavaliar a necessidade ou não da continuidade do automonitoramento de glicemia capilar.

ANEXO I

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

ATENDIMENTO MÉDICO

Diretrizes terapêuticas para o automonitoramento da glicemia capilar

Para que o fornecimento destes insumos seja realizado de forma segura e eficaz, fez-se necessário o estabelecimento deste Protocolo que regulamenta suas indicações e seus esquemas terapêuticos, estabelecendo mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados.

Este Protocolo contém de forma resumida o conceito geral do Diabetes Mellitus, critérios de diagnóstico e tratamento, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes para o AMGC, esquema preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste automonitoramento.

DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença caracterizada pelo excesso de glicose no sangue, podendo evoluir com disfunções e insuficiências de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. O DM pode resultar de defeito da secreção e/ou ação da insulina e, de acordo com a etiologia, pode ser classificada em:

1) Diabetes tipo 1 - Ocorre uma destruição de células β das ilhotas pancreáticas que produzem insulina, usualmente levando à deficiência absoluta deste hormônio. Na maioria dos casos há associação com autoimunidade, sendo que os marcadores da destruição imune incluem os auto-anticorpos contra as células das ilhotas, contra a insulina e contra a descarboxilase do ácido glutâmico (GAD),

2) Diabetes tipo 2 - Caracteriza-se por defeitos na ação (resistência à ação da insulina) e na secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, podendo haver predomínio de um deles.

A resistência insulínica consiste na redução dos efeitos fisiológicos da insulina, ou seja, é uma resposta subnormal a uma determinada concentração do hormônio. O DM2 é o tipo mais comum de DM (forma presente em 90 a 95% dos casos) e ocorre geralmente em adultos. O diagnóstico, na maioria dos casos, é feito a partir do 40 anos, embora venha sendo cada vez mais frequente em jovens;

3) Outros tipos específicos de diabetes – Envolvem os defeitos genéticos das células β , os defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, diabetes quimicamente induzido ou induzido por drogas, formas incomuns de diabetes e outras síndromes genéticas, algumas vezes, associadas ao diabetes;

4) Diabetes gestacional - É definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeira detecção durante a gravidez.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica, ou mesmo complicações agudas como a cetoacidose diabética.

Atualmente, o diagnóstico da doença, exceto em gestantes, é feito através de glicemias de jejum (GJ) $\geq 126\text{mg/dL}$, glicemia ao acaso $\geq 200\text{mg/dL}$ associada a sintomas clássicos ou glicemia $\geq 200\text{mg/dL}$ 120min após a administração de 75g de glicose, durante o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). Para a confirmação diagnóstica, entretanto, estes testes devem ser confirmados com uma segunda dosagem. O uso da Hemoglobina Glicada (A1c) para o diagnóstico da doença não é recomendado até o momento.

A Hemoglobina glicada (A1c) é elevada em portadores de diabetes com hiperglicemia crônica e deve ser levada em consideração, pois reflete o seu controle metabólico. A formação da hemoglobina glicada é diretamente proporcional à concentração de glicose no sangue. A medida da hemoglobina glicada é o parâmetro de escolha para o controle glicêmico em longo prazo.

O objetivo do tratamento é a prevenção das complicações micro e macrovasculares através do controle glicêmico próximo ao estado euglicêmico. O plano terapêutico deve envolver dieta, atividade física, hipoglicemiantes orais e/ou insulina. As abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da glicemia de jejum, a medida da Hemoglobina Glicada (A1c), teste que reflete os níveis médios de glicemia nas últimas oito a doze semanas e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC).

As metas a serem alcançadas, para usuários com diagnóstico pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus estão descritas no quadro abaixo e seguem as metas estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2011). A SBD orienta que metas menos rígidas da A1c podem ser apropriadas para pacientes com história de hipoglicemias severas, expectativa de vida limitada, crianças, idosos e indivíduos com múltiplas comorbidades com diabetes de longa data e com complicações microvasculares mínimas ou estáveis.

Quadro 1 - Metas Laboratoriais para o Tratamento do Diabetes tipo II

PARÂMETRO	METAS LABORATORIAIS	
	METAS TERAPÊUTICAS	NÍVEIS TOLERÁVEIS
Hemoglobina Glicada	<ul style="list-style-type: none"> • em torno de 7% em adultos. • entre 7,5% e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde. 	As metas devem ser individualizadas de acordo com: <ul style="list-style-type: none"> • duração do diabetes. • idade/expectativa de vida. • comorbidades. • doença cardiovascular. • complicações microvasculares. • hipoglicemia não percebida.
Glicemia de jejum	<100 mg/dL.	<130 mg/dL.
Glicemia pré-prandial	<100 mg/dL.	<130 mg/dL.
Glicemia pós-prandia.	<160 mg/dL.	<180 mg/dL.

Fonte: Adaptado de: American Diabetes Association. Standards of medical Care in Diabetes – 2014.

O seguimento dos pacientes com DM inclui a participação nos grupos

educativos, consultas médicas e de enfermagem, realização de exames laboratoriais periódicos e o monitoramento da glicemia capilar nos serviços de saúde ou em domicílio, através do Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC).

O automonitoramento da glicemia capilar (AMGC) é considerado uma ferramenta importante para o controle do DM, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e diabetes gestacional (DG) que usam insulina. Os resultados do AMGC podem ser úteis na prevenção da hipoglicemia, na detecção de hipo e hiperglicemias não sintomáticas, no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e pode ainda, funcionar como um fator educativo.

No entanto, o automonitoramento da glicemia deve ser utilizado de maneira inteligente, com efetividade de custo e com a frequência de testes indicada para cada condição clínica em especial. Uma crítica manifestada por alguns trabalhos da literatura internacional é a inércia do paciente em termos de não saber como proceder diante dos resultados do automonitoramento. De fato, sem uma adequada educação em diabetes e sem uma orientação prática sobre o que fazer com os resultados dos testes, o automonitoramento perde o seu sentido. Portanto, o AMGC não deve ser considerado como uma intervenção isolada, fazendo parte de um plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos.

O desconhecimento dos médicos e dos pacientes sobre as indicações específicas e os benefícios potenciais do AMGC, a recusa do paciente em realizar a frequência necessária de testes para evitar as punções digitais (picadas de dedo) e o custo do AMGC, principalmente para os pacientes que necessitam um maior número de testes diários e que não dispõem de nenhum tipo de cobertura para esses insumos, são fatores que impedem uma utilização mais ampla desse recurso diagnóstico quando clinicamente justificado.

Os melhores horários para a realização dos testes são os horários de maior descontrolado glicêmico:

- 1) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;

- 2) Testes pós-prandiais: 2 horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;
- 3) Hora de dormir;
- 4) Madrugada (2- 3 horas da manhã).

Vale lembrar que as dosagens das glicemias pré-prandiais e duas horas pós-prandiais são importantes para se efetuar o controle glicêmico ao longo do período de 24 horas (SBD, 2009).

Vale lembrar que as dosagens das glicemias pré-prandiais e duas horas pós-prandiais são importantes para se efetuar o controle glicêmico ao longo do período de 24 horas (SBD, 2009).

Para a maioria dos pacientes com DM tipo 1 e DG em uso de insulina, a AMGC é recomendada 3 ou mais vezes ao dia. Para os pacientes com DM tipo 2 em uso de insulina, entretanto, não há estudos que ditem a frequência e horários ideais, devendo o controle ser realizado da melhor forma para atingir as metas glicêmicas. Segue uma tabela com sugestão para frequência de testes de acordo com algumas situações clínicas específicas:

NÚMERO DE TESTES/DIA	SITUAÇÃO CLÍNICA
1 a 2 testes por dia, em diferentes horários	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo 1 com tratamento insulínico estável; - Tipo 2 em uso de antipessoa com diagnóstico de diabetes mellitus orais + insulinização parcial.
2 a 4 testes por dia, em diferentes horários	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo 1 ou tipo 2 com insulinização plena; - Utilização de insulinas de ação rápida conforme glicemia capilar; - Terapia com drogas diabetogênicas (corticosteróides, imunossupressores etc.); - HbA1C elevada com glicemia de jejum normal.
4 a 6 testes por dia, até o alcance das metas preestabelecidas	<ul style="list-style-type: none"> - Início do tratamento com insulina; - Ajuste da dose de insulina; - Estresse clínico e cirúrgico (infecções, cirurgias, etc.)

Quando identificada a necessidade de verificar os valores da Glicemia Capilar 02 vezes ao dia, o médico da USF e/ou Endocrinologista do SUS deve prescrever as aferições, orientar a importância das aferições, e que estas serão realizadas na USF a que o usuário pertence.

O esquema proposto acima deve servir apenas como marco referencial, sendo que caberá ao profissional de saúde definir a frequência e os horários dos testes de glicemia mais adequados para cada paciente. Testes adicionais devem ser realizados na ocorrência de certas situações clínicas, tais como doenças agudas intercorrentes, alterações no tratamento, pacientes com falta de percepção da hipoglicemia ou episódios de hipoglicemias graves.

Para os pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus que usam insulina e praticam exercício, o AMGC antes, durante e, especialmente, duas horas após o exercício pode contribuir para estabelecer o nível de resposta à atividade física. Essa informação pode ser usada para fazer ajustes nas doses e/ou na ingestão de carboidratos e evitar alterações glicêmicas significativas, sobretudo a hipoglicemia.

Os valores que se esperam encontrar no AMGC realizados em glicosímetros que se utilizam do plasma para determinação da glicemia capilar são:

- Glicemia de jejum entre 90 e 120mg/dl;
- Glicemias pré-prandiais até 140mg/dl;
- Glicemias pós-prandiais até 180mg/dl.

Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes, HbA1C normal ou quase normal, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas fitas reagentes e glicosímetros para os serviços de saúde. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nos Centros de Saúde e, eventualmente solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

Para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem. A falta de adesão do paciente às

recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas é motivo suficiente para a interrupção do fornecimento do benefício.

OBS: Os profissionais de saúde devem estar atentos, também, ao número de tiras reagentes que o paciente efetivamente tem feito uso, evitando prescrições desnecessárias.

ANEXO II

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Durante o atendimento aos usuários cadastrados no Programa de AMGC, deverá ser aplicado o **Processo de Enfermagem**, contendo o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem.

O **Histórico de Enfermagem** compreende a história familiar; situação cultural, sócio econômico, grau de instrução, gregária (trabalha, descendência, com quem vive, quem cuida...); estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividades físicas, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc); doenças prévias; comorbidades; sinais/sintomas; tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o auto cuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

O **Exame Físico** inclui avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés), peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal), sinais vitais, teste de glicemia capilar e sensibilidade de extremidades.

Os **diagnósticos de enfermagem** mais comuns para o paciente pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus compreendem: risco para déficit ou comprometimento de volume de líquidos relacionado à poliúria e desidratação; nutrição alterada mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (obesidade, desequilíbrio na ingestão de calorias, ingestão excessiva de sódio, ingestão insuficiente de potássio e desequilíbrio hídrico); risco de lesão relacionada aos efeitos da insulina; déficit de conhecimento relacionado a informações sobre o auto cuidado para o diabetes, comprometimento físico e fatores sociais; risco para intolerância à atividade física relacionado ao medo de fraquezas e desmaios; ansiedade relacionada à perda do controle e medo das complicações; risco para integridade da pele prejudicada relacionada à redução da sensibilidade e da circulação para as extremidades inferiores; risco para padrão de sono prejudicado relacionado à ansiedade e fadiga;

risco para infecção relacionado à doença crônica; comprometimento da atividade física (sedentarismo, exercício físico irregular ou impróprio); inaderência ao acompanhamento médico; inaderência a terapia medicamentosa (uso irregular); risco para disfunção neurovascular periférica (pé pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus); risco para alterações sensoriais (tato, visão, paladar).

Nas consultas subseqüentes deverá ser seguido o sistema de **Evolução de Enfermagem** (SOAP):

S: Motivo da consulta se faz tratamento, potencialidades e limitações, efeitos adversos da terapêutica, aprendizado sobre AMGC, queixas atuais, doenças intercorrentes, alterações dos hábitos alimentares, sono e repouso, sexualidade, tabagismo, etilismo, atividades físicas, atividades de lazer, família, condições para o auto cuidado e resgate das informações da última consulta.

O: Avaliação céfalo-caudal, verificar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, HGT, peso, estatura, IMC; avaliar circunferência abdominal (acima de 100cm para homens e acima de 90cm para mulheres); observar condições da pele: avaliar locais de aplicação de insulina (rodízio); avaliar edema e realizar exame de membros inferiores e pés.

A: Análise das intercorrências encontradas no S ou O.

P: Prescrição de enfermagem.

A consulta de enfermagem poderá ser mensal, trimestral ou semestral, intercalada com a consulta farmacêutica e médica, conforme risco estratificado. A consulta e o acompanhamento poderá ser individual ou coletivo, a critério de cada Unidade de Saúde. Quando for realizada em grupo deverá se adaptar aos critérios da consulta individual, porém priorizando as necessidades evidenciadas e tendo em vista que o acompanhamento é contínuo.

Elaboração:

ANEXO III

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR ATENDIMENTO FARMACÊUTICO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica conceitua o termo “Assistência Farmacêutica” como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

Para garantir o desenvolvimento da prática farmacêutica e o uso racional de medicamentos no sistema de saúde é preciso garantir o acesso, estabelecer a necessidade do uso, uma prescrição apropriada de acordo com as condições do paciente e critérios de eficácia e segurança, na forma farmacêutica e posologia adequadas. A dispensação também deve ser realizada em condições apropriadas com a necessária orientação do farmacêutico, a fim de garantir o cumprimento do regime terapêutico da melhor maneira possível.

- Nesse sentido, o farmacêutico deve atuar na prevenção e promoção de saúde, no aconselhamento na forma de usar os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de reações adversas a medicamentos e aumentar a adesão ao tratamento.
- A reorganização do ciclo logístico da assistência farmacêutica é uma estratégia para assegurar o acesso e o uso racional de medicamentos. Seqüência das etapas do ciclo:
- Dispensação: deve prestar informações e detectar situações de risco ou de ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos.
- Acompanhamento farmacoterapêutico: O foco do trabalho do farmacêutico no processo de acompanhamento farmacoterapêutico deve ser o paciente e a responsabilidade que o usuário tem no sucesso do tratamento proposto. O farmacêutico além de rever a medicação do paciente, prestar informações sobre uso correto e criar um plano de cuidado a partir das necessidades do

mesmo, deve assumir a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente e pelos resultados clínicos obtidos.

- farmacovigilância: identificação e avaliação dos efeitos do uso, agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos. A Farmacovigilância deve ser um processo estruturado para o monitoramento e detecção de reações adversas a medicamentos (RAM) para melhorar o uso racional e seguro dos medicamentos.

A integração da equipe de farmácia junto à equipe multiprofissional da unidade de saúde é de grande importância e pode ser desenvolvida principalmente, pelas seguintes atribuições:

- Assessorar os profissionais da Unidade de Saúde nas questões relacionadas à assistência farmacêutica (AF);
- Realizar visitas domiciliares em conjunto com os demais profissionais de saúde;
- Fornecer orientações técnicas sobre medicamentos para os profissionais de saúde, apoiadas pelos Informes Técnicos do MS, quando necessário;
- Participar das reuniões técnicas de equipe (discussão de casos clínicos), apresentação de trabalhos, organização de fluxos internos para dispensação/distribuição de medicamentos, eventos, cursos, palestras, ações educativas na área de AF e Saúde Pública com vistas ao aprimoramento dos serviços;
- Participar de reuniões técnicas e gerais da equipe de saúde, conselho gestor entre outras;
- Interagir com a equipe de Vigilância em Saúde visando maior controle das doenças de Notificação Compulsória.

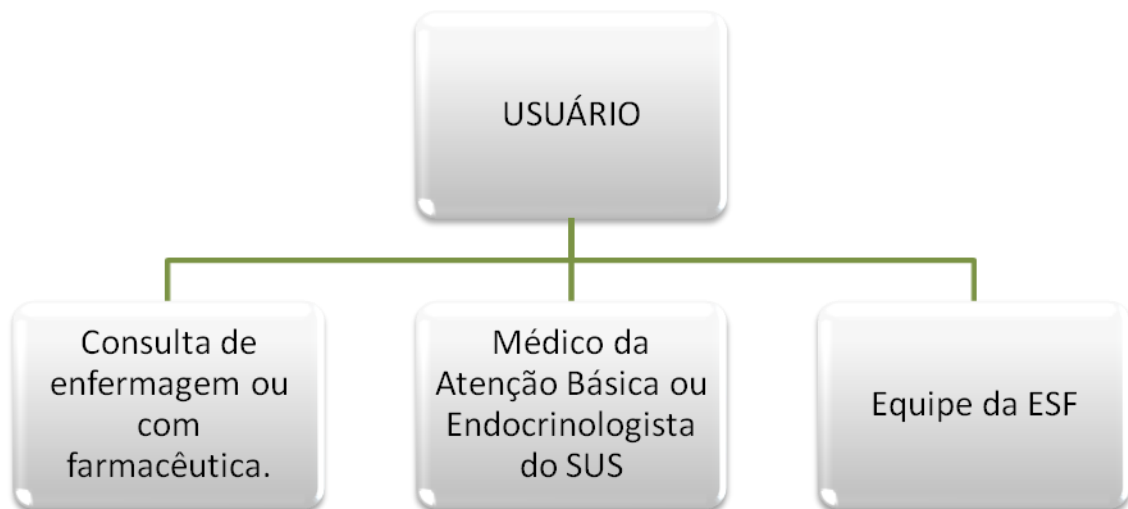
ANEXO IV

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

Fluxograma para a entrega de glicosímetros e tiras reagentes:



Fluxograma para o acompanhamento dos usuários:



ANEXO V

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º É assegurado ao pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus o direito de requerer, em caso de atraso na dispensação dos medicamentos e materiais citados no art. 1º, informações acerca do fato à autoridade sanitária municipal.

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Brasília, 27 de setembro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Guido Mantega

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar, em especial o citado no § 1º do artigo 1º;

Considerando a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implementação e financiamento dos programas e ações do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, de 27 de setembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

- a) glibenclamida 5 mg comprimido;
- b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;
- c) glicazida 80 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo a esta Portaria.

§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcad16.pdf.

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

Art. 4º A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Portaria são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Gomes Temporã

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Importância da Hemoglobina Glicada (A1c) para Avaliação do Controle Glicêmico em Paciente com Diabetes Mellitos: Aspectos Clínicos e Laboratoriais- Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada – A1c- Posicionamento Oficial 2003.

Brasília- Conselho Federal de Farmácia- A Assistência Farmacêuticas no SUS (2010).

Instrução normativa nº 2/2008- Automonitoramento de Glicemia Capilar- Florianópolis (2008).

Manejo do Tratamento do Paciente com Diabetes- Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde- Fascículo VII- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2011).

Manual de Assistência Farmacêutica- Secretaria Municipal da Saúde São Paulo (2013).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica (2006).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 16- Diabetes Mellitos (2006).

Sociedade Brasileira de Diabetes- Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD Manual de Nutrição (2009).

Sociedade Brasileira da Diabetes- Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2:
Algoritmo SBD 2014.

Sociedade Brasileira da Diabetes- Diretrizes 2013-2014.